Rok XXXVI. Kraków 17. Lipca 1897. Nr. 29.

Redakcya: Przy ulicy Basztowe Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A B, Nr. 45, I piętro.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe; w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, **Księgarnia** Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 81. rue des Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

Treść:

Rok XXXVI. Kraków 17. Lipca 1897. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Ze szpitala Wilhelminy pod kierunkiem dra Toelga.

Działanie „nowej tuberkuliny (TR) Kocha“ na gruźlicę płuc.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

Nr. 14 b. r. tygodnika „Deutsche medicinische Wochenschrift“ przyniósł nam wiadomość o nowym przetworze, nazwanym nową tuberkuliną (TR), wynalezionym przez Roberta Kocha w Berlinie, a na zlecenie jego wyrabianym przez fabrykę „Meister Lucius et Brünning“ w Höchst nad Menem. Przetwór ten ma posiadać własności uodparniające, a nawet lecznicze przeciwko gruźlicy płuc i skóry.

Koch wyszedł z założenia, że i przeciwko gruźlicy można ustrój uodpornić, jak tego mamy przykład na gruźlicy świnek morskich i na przypadkach gruźlicy prosówkowej u ludzi, jeśli w jej przebiegu występuje okres, w którym laseczniki gruźlicze, przedtem nadzwyczaj obfite, zaczynają znikać, ulegając powolnemu wessaniu. Spostrzeżenie to ma stać w związku ze sprawą uodpornienia i to uodpornienia przeciwko prątkom, nie zaś przeciwko ich toksynom. Zwyczajnie okres ten występuje dosyć późno tak, że dla ustroju żadnej korzyści przynieść nie może. Aby to wessanie laseczników gruźliczych prędko nastąpiło, muszą one, jak się to daje spostrzegać w przebiegu gruźlicy u świnek morskich i w przebiegu gruźlicy prosówkowej u ludzi, prędko się po całym ustroju rozszerzyć i wejść w styczność z tkankami żyjącemi. Zadaniem tedy Kocha było podobną imunizacyę, podobny sposób wessania wywołać sztucznie u ludzi dotkniętych gruźlicą. —

Po długich próbach i mozolnej pracy udało mu się wreszcie otrzymać „nową tuberkulinę (TR)“, która przeciwko lasecznikom gruźliczym ma posiadać własności uodparniające. Sposób jej otrzymania był następujący: dobrze wysuszone, silnie jadowite hodowle laseczników gruźliczych rozcierał w agatowym moździerzu, przyczem się okazało, że w masie, powstałej przez rozcieranie, ilość dobrze znanym sposobem barwiących się laseczników gruźliczych była coraz mniejszą tak, że wreszcie tylko bardzo mało takowych odnaleść było można. Celem zupełnego usunięcia laseczników rozrabiał masę w moździerzu otrzymaną, wodą przekroploną i poddawał działaniu centryfugi przez $^1/_2$—$^3/_4$ godz., skutkiem czego otrzymywał dwie warstwy. Górna przedstawiała płyn biały opalizujący, zupełnie czysty, przeźroczysty, nie zawierający laseczników gruźliczych; dolna zaś składała się z osadu, w którym mniej lub więcej liczne laseczniki gruźlicze odnaleść było można. Osad ten wysuszał, rozcierał w moździerzu, rozrabiał wodą przekroploną i poddawał działaniu centryfugi i otrzymał znów dwie warstwy, z któremi dalej w ten sam sposób postępował. Manipulacyę powtarzać należy tak długo, aż w dolnej warstwie niedadzą się wykryć więcej laseczniki gruźlicze, lecz tylko zanieczyszczenia przypadkowe (bawełna, pył i t. d.) i w ten sposób całe hodowle laseczników gruźliczych zamienić można na cały szereg zupełnie przeźroczystych płynów.

Płyn otrzymany z pierwszego centryfugowania nazwał Koch tuberkuliną O. (TO); następne zaś po pierwszem centryfugowaniu, otrzymane z powstałego osadu i wyżej wymienionym sposobem, tuberkuliną R. (TR). Tuberkulina O. (TO) zawiera istoty laseczników gruźliczych w glicerynie rozpuszczalne i w swem działaniu podobną jest do zwyczajnej dawnej tuberkuliny (TA), podczas gdy tuberkulina R. (TR) zawiera istoty laseczników gruźliczych w glicerynie nierozpuszczalne, które też przy wyciągach glicerynowych pozostają. TR posiada własności uodparniające. Działanie jej nie polega na wywołaniu odczynu, jak to ma miejsce przy stósowaniu TA i TO, ale przez stopniowe podwyższanie dawki, unikając wywoływania odczynu, należy o ile można w jak najkrótszym czasie uczynić organizm obojętnym przeciw dużym dawkom i, jak się Koch wyraża „ihn (den Kranken), gegen das TR und damit, wie ich annehmen zu können glaube, auch gegen die Tuberkelbacillen selbst zu immunisiren“. Celem uniknięcia rozkładu i łatwiejszego przechowywania dodaje Koch do TR 20% gliceryny. Nowa ta tuberkulina bywa rozsyłaną w pudełeczkach drewnianych, zawierających flaszeczkę z ciemnego szkła, zatkaną zwyczajnym korkiem, opatrzoną plombą i karteczką, na której wypisany jest dzień sporządzenia tuberkuliny, ilość jej i podpis Dra Libbertza. W flaszeczce znajduje się 10 ctm.³ płynu mętnego, białawego, równającego się 10 miligramom stałej substancyi tuberkuliny Kocha (TR). Cena owych 10 ctm. sześć. płynu wynosi aż 8 marek 50 pfg., a więc koło 5 złr. Tuberkulinę stósować należy w postaci wstrzykiwań podskórnych, które najlepiej wykonywać na grzbiecie między łopatkami. Wstrzykiwanie rozpoczyna się od $^1/_{500}$ miligrama stałej substancyi w roztworze fizyologicznym (0·6) soli kuchennej, postępując stopniowo do dawek coraz to większych tak, że dojść można do 20 mgrm. stałej substancyi, która to dawka wystarczyć ma do wywołania uodpornienia. Przy wstrzykiwaniach należy zwracać uwagę, by odczyn nie występował, w razie zaś pojawienia się jego należy dawkę odpowiednio zmniejszyć. Do leczenia nową tuberkuliną nadają się osobniki z objawami rozpoczynającej się gruźlicy, nieokazujące wtórnego zakażenia paciorkowcami, a więc, jak Koch twierdzi, osobniki, których stan gorączkowy nie przekracza 38° C i na co wyraźny kładzie nacisk „dass, Kranke, deren Temperatur ueber

38 hinausgeht, für die specifische Behandlung der Tuberkulose nur noch ausnahmsweise zugänglich sind“.

Nową tuberkulinę stósował Koch u ludzi dotkniętych gruźlicą płuc i skóry i otrzymywał bez wyjątku znaczne polepszenie, a względnie wyleczenie. „Ich rede“, powiada Koch, „nur von „Besserung“ obwohl nach gewöhnlichen Begriffen nicht wenige Fälle als geheilt bezeichnet werden konnten“. U dotkniętych gruźlicą płuc spostrzegał wśród wstrzykiwań zwiększanie się ilości rzężeń, które wśród dalszego leczenia znikały; już po kilku wstrzykiwaniach ilość plwocin malała, a w końcu chorzy nic nie wykrztuszali, przyczem naturalnie i laseczniki gruźlicze znikały. Odpowiednio też do tego rzężenia stawały się coraz skąpsze, aż do zupełnego zniknięcia; stłumienie również powoli ulegało zmniejszeniu. Ciepłota ciała powracała do normy, a przybytek ciężaru ciała był zawsze bardzo znaczny. W końcu nadmienia Koch, że jestto najlepszy przetwór, jaki można było otrzymać i że o ulepszeniu jego mowy być nie może. Tyle co do samego artykułu Kocha.

Rozczarowanie, jakiego doznaliśmy w r. 1890 po pierwszem, tak głośnem, odkryciu Kocha było powodem, że nie bardzo ochotnie zabrałem się do przeprowadzenia prób z nową tuberkuliną. Mając jednak odpowiednie przypadki gruźlicy płuc, jak również zachęcony przez mojego czcigodnego szefa Dra Toelga, by bądź co bądź nabyć własnego doświadczenia i przekonania o skuteczności „nowej tuberkuliny“, przeprowadziłem szereg prób, które pozwalają mi na ocenienie jej leczniczego wpływu na ustrój. Doświadczenia moje przeprowadziłem na sześciu przypadkach gruźlicy płuc, z których dwa pierwsze, a względnie trzy, zupełnie nadawały się do leczenia nową tuberkuliną i odpowiadały wszelkim wymaganiom Kocha. Przed leczeniem chorzy ci nie gorączkowali, a zmiany gruźlicze w płucach ograniczały się tylko do szczytów i to głównie do szczytu jednego. Dalsze 3 przypadki z dość rozległemi zmianami w płucach zużytkowane były w celu kontroli, mianowicie jak się zachowują tego rodzaju przypadki, czy wogóle w przypadkach takich daje się spostrzegać działanie nowej tuberkuliny; przypadki te w doświadczeniach moich odgrywają podrzędną rolę.

Wstrzykiwanie rozpocząłem 13. Maja, stosując z początku dawki bardzo małe ($^{1}/_{500}$ miligrama stałej substancyi), postępując stopniowo do dawek coraz to większych, przyczem zwracałem pilnie uwagę na przebieg ciepłoty ciała i w przypadkach, w których takowa po wstrzykiwaniu wynosiła choćby 37·6, stósowałem po ustąpieniu stanu gorączkowego następne dawki mniejsze, które odczynu żadnego nie wywoływały, by później znów przejść do dawek coraz to większych. W ten sposób n. p. w przypadku I-szym doszedłem do dawki 8 miligramów tuberkuliny, która jednak żadnego odczynu nie wywołała i ten też przypadek (razem choremu temu wstrzyknąłem koło 20 miligramów stałej substancyi) mogłem według zapatrywania Kocha uważać za zupełnie uodporniony przeciwko gruźlicy, a więc za przypadek uleczony. W płucach jednak zmiany gruźlicze postępowały dalej, stłumienie szerzyło się na coraz to większej przestrzeni, rzężenia drobno i średniobańkowe stawały się coraz to obfitsze, a chory na ciężarze ciała wcale nie przybywał. Plwocina, zamiast się zmniejszać, była coraz obfitszą, a badanie na laseczniki gruźlicze wykazywało, że te znajdują się w znacznej ilości. Szczególnie z tego przypadku nabrałem przekonania, że nowa tuberkulina niema żadnych własności uodparniających, ani też leczniczych, co też było jednym z powodów, że prób dalszych w tym kierunku zaniechałem.

Bóle, jakie chorzy zawsze przez dwa dni w miejscu wstrzyknięcia doznawali, kilka razy pojawiające się obrzmienie tego miejsca, jak również doświadczenia, ogłoszone przez Nenckiego, Mączewskiego i Łoguskiego, skłoniły mnie do tego, że tuberkulinę z dnia 21. Maja 97. poddałem badaniu bakteryologicznemu. Tak w preparatach sporządzonych z kropli tej tuberkuliny, jak również w preparatach z hodowli przez zaszczepienie tą tuberkuliną otrzymanych, znalazłem te same drobnoustroje, a mianowicie, obok nielicznych diplokoków, bardzo obficie paciorkowce i gronkowce. Wynikom tym wcale się nie dziwiłem. Opakowanie, a względnie zakorkowanie flaszeczek dużo bowiem pozostawia do życzenia. Zwyczajny koreczek, jaki używany bywa do zatkania flaszeczki, nie zupełnie szczelnie ją zamyka, ztąd też płyn w flaszeczce się znajdujący łatwo się wylewa, jak tego miałem przykład na jednej przesyłce, gdzie całe opakowanie przesiąknięte było tuberkuliną (flaszeczka zawierała tylko 0·9 ctm.³ płynu), jak również łatwo płyn tak opakowany uledz może zanieczyszczeniu. Wyniki badań bakteryologicznych były bezpośrednim powodem, że wstrzykiwań dalszych zaprzestałem, niechcąc już i tak gruźlicą dotkniętych chorych narazić na jeszcze jakieś nowe zakażenie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do leczenia jaskry złośliwej.

Podał

Dr. Franciszek Sroczyński,

Docent okul. w Uniw. Jag.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Istotą więc złośliwego przebiegu jaskry nie jest opóźnienie w gojeniu się ranki pooperacyjnej, ale ten zagadkowy fakt, że irydektomia nie tylko nie obniżyła w danych przypadkach ucisku śródocznego, ale go jeszcze podniosła. Opóźnienie, lub zgoła brak wszelkiej skłonności do gojenia się ranki pooperacyjnej, to już tylko dalsze następstwo tego faktu.

Jakim sposobem dzieje się, że operacya, która przecież, działając choćby tylko jako prosta punkcya, powinnaby choć cokolwiek ucisk obniżyć, tu zaś przeciwnie podwyższa go, na to przy dzisiejszym stanie nauki nie łatwo dać zadawalniającą odpowiedź. Jeden fakt przecież zasługuje na zanotowanie: oto wszyscy autorowie, którzy mieli sposobność spostrzegać takiego przebiegu, podają jednomyślnie, że ucisk ten podnosi się nagle i to z chwilą ukończenia operacyi. Nagłość skutku każe poszukiwać nagle występującej przyczyny. Przyczyną, łącznikiem takim, mógłby być krwotok z większych naczyń naczyniówki do głębi oka, coby w pewnych przypadkach tłumaczyło się gładko nagłem, choć przemijającem, zmniejszeniem ucisku na naczynia już z pewnością patologicznie zwyrodniałe. Że krwotok taki wogóle po irydektomii w jaskrze wydarzyć się może, na to nie brak spostrzeżeń w literaturze; że zaś może stać się przyczyną gwałtownego podwyższenia ucisku śródocznego, na to po-

zwolę sobie, wśród wielu podobnych przytoczyć spostrzeżenie Nagla [1]), jako najbardziej pouczające, bo stwierdzone sekcyą oka: Autor ten operował 30-letniego mężczyznę z powodu jaskry ukończonej (Glaucoma absolutum). Wnet po ukończeniu cięcia w rąbku twardówkowym, zanim zdołano odciąć tęczówkę, wśród gwałtownych bólów oko stwardniało „jak kamień“. W jednej chwili w rozdętej rance ukazało się ciałko szklane, a za niem krew. Wyłuszczenie zakończyło operacyę, a sekcya oka wykazała obfite wynaczynienie pod oderwaną naczyniówką.

Co prawda, wszystkie niemal przypadki tego rodzaju odnosiły się do óez z jaskrą ukończoną, gdzie z konieczności przypuszczać należało następowe zwyrodnienie naczyń naczyniówki. Niewątpliwie nie wszystkie przypadki jaskry złośliwej dadzą się w ten sposób wytłumaczyć. Trudność leży w tem, że zaćmienie rogówki, jakie zwykle przyłącza się do obrazu jaskry złośliwej, uniemożliwia badanie wziernikowe; z drugiej zaś strony nie obserwowano śladów krwotoku w nielicznych przypadkach, gdzie badanie wziernikowe w dalszym przebiegu mogło być dokonane. Przypadek, który poniżej opiszę, a który dzięki pomyślnemu zakończeniu dozwalał na dokładne zbadanie wziernikiem, nie okazywał przecież żadnych śladów wynaczynień. Czy w tych przypadkach przesiąk (transudat), powstały z żył śródocznych skutkiem podwyższenia parcia naczyniowego wobec nagłego obniżenia ucisku śródocznego, nie jest tym pośrednikiem między operacyą a następowem stwardnieniem oka, to na razie musi pozostać hipotezą; dowodów bezpośrednich na to nie mamy. Z powodów, które wyłonią się po przytoczeniu mego spostrzeżenia, przypuszczenie ostatnie wydaje się mnie osobiście bardzo blizkiem rzeczywistości.

W ostateczności powiedzieć trzeba, że jakakolwiekby zresztą była przyczyna tego podwyższenia ucisku, mimo, a raczej wskutek irydektomii, usiłowania lecznicze w jaskrze złośliwej powinny w pierwszym rzędzie zmierzać do obniżenia ucisku, nie zaś do prób wymuszenia, że się tak wyrażę, komórki przedniej.

Dziwnym zbiegiem okoliczności wszystkie dotychczasowe zabiegi, zalecane przez najdoświadczeńszych autorów, robią wrażenie, jakoby jądrem zadania miało być przyspieszenie komórki przedniej. Sam Albert Graefe radzi stósowanie letnich okładów z odwarów aromatycznych, postępowanie, o którem wiadomo, że w innych przypadkach natury niejaskrowej może, przez wzniecenie przekrwienia czynnego, przyczynić się do łatwiejszego zgojenia ranki. Ten sam cel miał na oku Arlt, kiedy na wspomnianym już zjeździe towarzystwa okulistycznego w roku 1869 radził w podobnych przypadkach przypalanie kamieniem piekielnym brzegów ranki. Jeżeli zabiegi te celu nie osiągnęły, miały przynajmniej tę ujemną zaletę, że nie szkodziły.

Już jednak wprost nieracyonalnem było postępowanie zrodzone z tej samej myśli, a dążące do celu przez stósowanie tygodniami całymi opaski uciskowej, dopóki Graefe w r. 1870 [2]) nie wskazał na wybitnie szkodliwy wpływ opaski na oko, choćby tylko ze względnem podwyższeniem ucisku. Teoretycznie i praktycznie lepiej uzasadnionemi były wstrzykiwania morfiny, zalecone również przez Graefego; przynajmniej w pewnych przypadkach jaskry zapalnej, pierwotnej, korzystny ich wpływ zaprzeczyć się nie da. Obok tego spotyka się jednak i działa cięższego kalibru, że wspomnę tylko ogólny upust krwi i wewnętrzne podawanie kalomelu, środki, być może, „heroiczne“, ale bez skutku na przebieg obchodzącej nas choroby.

W przytoczonej już wyżej pracy Graefego znajduję dorywczą i okolicznościową jedynie wzmiankę, że autor ten w jednym przypadku jaskry złośliwej wykonał nakłócie ciałka szklanego. Wobec braku jednak historyi choroby, a pewnych danych, że równocześnie używano innych rozlicznych zabiegów, nie podobna wyrobić sobie zdania o skuteczności tego zabiegu, tem bardziej, że autor sam nad szczegółem tym przechodzi do porządku dziennego.

Po raz wtóry wypływa myśl zastósowania punkcyi ciałka szklanego z powodu jaskry złośliwej w najnowszej pracy Schweiggera „Glaucoma malignum [3])“. 60-letni wyrobnik poddany został dnia 16-go Lutego z powodu jaskry przewłocznej, jak się zdaje zapalnej, irydektomii z przebiegiem prawidłowym. Komórki przedniej nie było aż do połowy Marca, o zachowaniu się ucisku śródocznego nie znajduję żadnej wzmianki. Wzrok w tym czasie z $^6/_{36}$ podupadł na $^1/_{20}$. Z początkiem Kwietnia, a więc co najmniej w 6 tygodni po irydektomii, dokonał Schweigger „dla próby“ punkcyi ciałka szklanego, poczem komórka się przywróciła, aby jednak po 4 dalszych tygodniach, gdy ranka w twardówce się zagoiła, napowrót zaniknąć. Wynik ten, jak się zdaje, zniechęcił Schweiggera, bo już dalszej wzmianki o stósowaniu zabiegu tego nie czyni, odmawiając mu ryczałtowo znaczenia leczniczego.

Na tem samem miejscu natomiast podaje, że wydobycie soczewki w podobnym przypadku przywraca napowrót komórkę. Ponieważ wzmianka ta jest tylko dorywcza, trudno osądzić, czy autor postępowanie to zaleca jako metodę; co do mnie, wątpię, wydobycie bowiem soczewki, zwłaszcza niezaćmionej, naraża oko skutkiem pęcznienia pozostałych mas kory soczewkowej na nowe poważne niebezpieczeństwo podwyższenia ucisku śródocznego.

Tak więc wartość leczenia dotychczasowego jaskry złośliwej i dziś jeszcze można określić słowami Schmidta z r. 1875 [4]): „Die Therapie ercheint machtlos“, a życzenie Arlta, wypowiedziane podczas wielkiej debaty nad jaskrą złośliwą na zjeździe w r. 1869, że byłby wdzięcznym temu, ktoby podał sposób skuteczny leczenia tej postaci jaskry, do dziś dnia uważać można za „pium desiderium“.

Przypadek jaskry złośliwej, który wydarzył się w klinice okulistycznej tutejszego Uniwersytetu w czasie mego zastępczego kierownictwa, nasunął mi myśl postępowania, które, jak sądzę, w niejednym podobnym przypadku zdolnem będzie ocalić oko, skazane już na niechybną zagubę.

Wiktorya Kuczara (Nr. protkł. 181 r. 1896/7), lat 73 licząca włościanka, z powodu powolnej choroby, połączonej z bólami głowy, straciła przed rokiem wzrok na oku lewem. Od kilku miesięcy zauważyła powolny, ale stały upadek wzroku na oku prawem, co ją skłoniło do szukania porady w klinice. Badanie wykazało zupełną ślepotę (V=O) oka lewego z obrazem przewłocznej jaskry ukończonej. Oko prawe okazuje bystrość wzroku = $^5/_{15}$, w pobliżu czyta Nr. 8 prób Albranda zapomocą + 3 D. na 30 ctm. Pole widzenia dośrodkowo nieregularnie

[1]) podane na zjeździe okulistów niemieckich w roku 1869.
[2]) »Beiträge zur Pathologie und Therapie des Glaucoms« l. c.

[3]) Knapp's Archiv f. Augenheilk. t. XXXII, z. I. za r. 1895.
[4]) »Glaucom« w »Handbuch der gesammten Augenheilk.« Graefego i Saemischa.

ścieśnione okazuje dla barwy białej następujące granice: Na górze 25°, od dołu 40°, ku nosowi 50°, ku skroni 45°. Granice dla barw w odpowiednim ale nie większym stosunku ścieśnione. Ucisk śródoczny prawidłowy. Środki łamiące zewnętrzne czyste. Źrenica prawidłowo szeroka, regularna, na bodźce oddziaływa normalnie. Wziernik wykazywał 2 wązkie obwodowe zaćmienia na równiku soczewki, wybitną obwódkę (»halo«) jaskrową do koła tarczy, tudzież miernego stopnia dobrzeżne wydrążenie tarczy. Rozpoznanie brzmiało: »Glaucoma simplex. oc. dex., Glaucoma chron. absolutum oc. sin.«.

W ośm dni po irydektomii na oku z jaskrą ukończoną, której przebieg był prawidłowy, wykonał asystent kliniki, Dr. B, irydektomię na oku prawem. Cięcie od dołu, z powodu głębokiego ułożenia oka i bardzo płytkiej komórki przedniej, wypadło może nieco skośnie, skutkiem czego irydektomia nie dość obwodowa, zresztą jednak przebieg prawidłowy, kąty tęczówki reponowano starannie. Mimo, że ucisk przed operacyą nie był wyraźnie podwyższonym, nie zauważono bezpośrednio po operacyi tego zmięknienia gałki, jakie w oku prawidłowem następuje po otwarciu komórki.

W następnych dniach oko nieco nastrzykane, łzawi, komórki przedniej brak. Napięcie wyraźnie wzmożone T + 1. Zarządzono usunięcie opaski, dla ochrony oka maska druciana Fuchsa, zapuszczanie pilokarpiny 2 razy dziennie. Z powodu objawów miażdżycy tętnic podano na wewnątrz *t-ra strophanti*. Zarówno jednak te środki, jak i okłady letnie, później stosowane, pozostały bez skutku. Mimo zapuszczania pilokarpiny w ciągu paru dni co pół godziny ucisk śródoczny wzmagał się ciągle.

D. 10/11 zanotowano już stwardnienie 3-go stopnia (T+3). Rogówka poczęła lekko się zaćmiewać, wzrok podupadł już do liczenia palców na 5 metrów. Komórka przednia ciągle próżna i taką pozostała do 15 Listopada. Widmo jaskry złośliwej, dobrze mi znane jeszcze z czasów mej asystentury, gdzie jeden podobny przypadek zakończył się doszczętną ślepotą, stanęło w całej grozie przed nami.

Wychodząc z założenia, że istota choroby polega bądź co bądź na wygórowaniu ucisku w obrębie ciałka szklanego, postanowiłem, nie znając jeszcze nie zbyt zachęcających wyników Graefego i Schweiggera, a może właśnie dzięki temu, stworzyć operacyjną drogą, choćby tylko chwilowo, rodzaj klapy bezpieczeństwa przez sklerotomię tylną. Sądziłem przytem, że jakakolwiek jest przyczyna tego wygórowanego ucisku, krwotok śródoczny czy przesięk (transudat) z naczyń naczyniówki, że w kazdym razie otwarcie twardówki musi choćby przemijająco obniżyć uciąk na siatkówkę i układ soczewkowy, stwarzając w ten sposób warunki dogodniejsze do zagojenia ranki, a gdyby było trzeba, ewentualnie do późniejszej irydektomii.

Przystąpiłem do zabiegu d. 15 Listopada, w czasie największego nasilenia objawów. Po znieczuleniu oka kokainą odpreparowałem spojówkę między mięśniem prostym dolnym, a wewnętrznym w odległości 6 m. m. od brzegu rogówki, poczem wązkim nożykiem Graefego wykonałem nakłócie ściany gałki ocznej na głębokość około 3 m. m. Obróciwszy o $^1/_4$ obrotu nóż na około osi, otwarłem rankę, przyczem wypłynęło kilkanaście kropli cieczy żółtawej, wodnistej, niczem niepodobnej choćby do rozpłyniętego ciałka szklanego. Spojówkę ponad ranką zespoiłem 1 szwem z najcieńszego jedwabiu Oko, jak się tego należało spodziewać, wnet zmiękło (T−1). Bóle już następnego dnia ustąpiły, jako zaś charakterystyczny objaw działania sklerotomii można było przez kilka dni z rzędu obserwować, jak ciecz surowicza żółtawej barwy sączyła się w przestwór podspojówkowy, skąd ją przez lekkie masowanie można było zwolna do wessania doprowadzić. D. 20 Listopada, a więc w 5 dni po operacyi, zauważono po raz pierwszy komórkę przednią, i to wcale głęboką, może nawet głębszą niż przed 1-ą operacyą. Wobec takiego stanu nie wahałem się zastósować atropinę, aby rozerwać tylne przyczepiny, powstałe po pilokarpinie. Od tej pory stan począł szybko się poprawiać tak, że 22/11, a więc w 7 dni po sklerotomii, wzrok wynosił już $^5/_{15}$, rogówka wyjaśniła się zupełnie, ucisk śródoczny zeszedł do normy. Szew spojówkowy wyjęto 23/11. W d. wyjścia 26/11 zanotowano; oko blade, środki łamiące, pomijając dawne początkowe zaćmienia soczewki, czyste, wziernik nie wykazuje nigdzie śladów jakichś wynaczynień. Komórka przednia stanowczo głębsza, niż przed pierwszą operacyą. Tn. Okolica sklerotomii nieco wydęta, jak to się czasem wydarza w bliznach poirydektomijnych w jaskrze. Pole widzenia rozszerzyło się o 10° we wszystkich kierunkach.

Tak więc dzięki sklerotomii udało się zażegnać groźną burzę, z której zdawało się już nie było wyjścia. Teorya działania wspomnianej operacyi jest, jak sądzę, po rozwiniętych wyżej uwagach, dość jasną i prostą, aby raz jeszcze powracać do tego przedmiotu. Na jeden jednak szczegół chciałbym zwrócić uwagę, który i dla patogenezy jaskry złośliwej nabiera niepośledniej wagi. Oto operacya wykazała w naszym przypadku, że tym czynnikiem, podwyższającym ucisk śródoczny był przesięk (transudat), odgraniczający ciałko szklane od ściany gałki ocznej. Wypuszczenie tego przesięku pozwala soczewce cofnąć się ku tyłowi, przez co nie tylko odpada jedna z przeszkód w przywróceniu komórki przodkowej, ale nadto i czynność filtracyjna przewodów Fontany w powięzi grzebieniastej („lig. pectin. irid.“) może napowrót się uwydatnić. Sklerotomia, wykonana w sposób jak to wyżej opisałem, ma w dodatku tę zaletę, że pozwala niejako dozować skutek operacyi w dalszym przebiegu, zależnie od zachowania się parcia śródocznego. Jak wiadomo, ranki twardówkowe, zwłaszcza linearne i tak krótkie (2 do 3 m. m.), goją się bardzo rychło. Chcąc więc utrzymać w razie niezupełnego zmięknienia oka dalsze sączenie się przesięku (transudatu) na zewnątrz, można śmiało już w dwa dni po operacyi stósować łagodne masowanie oka, bez obawy wywarcia zgubnego ucisku na siatkówkę i tak już mniej odporną, przedewszystkiem zaś bez obawy zakażenia wtórorzędnego ciała szklanego, ranka w twardówce bowiem jest ściśle podspojówkową, spojówka zaś jest szwem zabezpieczona.

Dlaczego Graefe i Schweigger, którzy wykonywali nakłócie twardówki w jaskrze złośliwej, nie mieli dodatnich wyników, usuwa się naturalnie z pod bliższego roztrząsania, biorąc pod uwagę choćby to tylko, że jeden i drugi wspomina o jednym tylko przypadku. Zrażenie się Graefego łatwo sobie wytłumaczyć naturalnym wstrętem, jakiego doświadczali starzy okuliści w dobie przedantyseptycznej przed operacyami, otwierającemi drogę do ciałka szklanego. Co do przypadku Schweiggera, to mojem zdaniem sklerotomia przyszła tu nieco zapóźno, bo aż w 6 tygodni po irydektomii, a więc w czasie, kiedy kanał ranki, skutkiem braku skłonności do gojenia, mógł się już wyścielić przybłonkiem, inaczej trudno sobie wytłumaczyć, dlaczego w 4 tygodnie później komórka bez zewnętrznej przyczyny znowu na trwałe się wypróżniła. W dodatku, w opisie przebiegu nie ma wcale wzmianki, jak się zachowywał ucisk śródoczny, nasuwa się więc słuszna wątpliwość, czy przebieg ten, jakkolwiek bądź co bądź niepomyślny, zaliczyć należy do tego, cośmy wyżej określili, jako jaskrę złośliwą.

W naszym przypadku skutek wyżej opisanej sklerotomii był tak bezpośredni, a postać jaskry tak klasyczną, że już dziś, jakkolwiek na szczęście opieram się na jednym tylko przypadku, nie waham się kolegom zawodowym zalecić jak najgoręcej tego postępowania we właściwych przypadkach, tem bardziej, że rozchodzi się o przypadki rozpaczliwe, skazane już niemal na nieuchronną zagubę.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej profesora Fenomenowa w Kazaniu.

Przypadek nabytego krwisteku macicznego (*haematometra*).

Podał

G. Chodakowski,

ordynator kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Towarzystwa lek. kazańskiego).

Leczenie w tym przypadku powinno było polegać na utorowaniu odpływu zatrzymanej cieczy, resp. krwi, nagromadzonej w macicy, co było można uskutecznić albo drogą przyrodzoną, t. j. przez pochwę, albo od strony jamy brzusznej. Ponieważ utorowanie odpływu krwi, nagromadzonej w macicy, było w tym przypadku przez pochwę niemożebne, skutkiem sztucznego jej zarośnięcia (colpocleisis), zadecydowano wykonać więcej radykalną operacyę drogą laparotomii.

Do d. 7/12 chora codziennie dostawała kąpiel, wewnątrz leki przeciwfermentacyjne:

Bism. salicyl. 0,3
Carb. til. 0,6
Pulv. rad. rhei 0,12
Mfp. D. S. 3 proszki dziennie.

W wilię operacyi zażyła popołudniu:

Aq. laxat. Vien. 90,0
Chloral hydr. 0,6
MDS. użyć na jeden raz.

O 8-mej wieczorem zastósowano obfitą lawatywę z letniej wody, o 9-tej kąpiel; poczem odrażono i opatrzono brzuch.

D. 7/XII. chorą uśpiono i przeniesiono w uśpieniu do sali operacyjnej. Brzuch znowu poddano odrażeniu według sposobu, używanego w tutejszej klinice (obfite zmycie mydłem skóry brzucha, spłukanie wodą przekroploną i wytarcie alkoholem i rozczynem sublimatu $1^0/_{00}$).

Operacyę wykonał prof. Fenomenow w następujący sposób: cięcie brzuszne w linii białej, zaczynając nieco wyżej pępka, a kończąc nad spojeniem kości łonowych. W ranie przedstawiła się macica, bardzo podobna do ciężarnej, w 3-im okresie. Wsunąwszy rękę głębiej (po tylnej ściance macicy) można było przekonać się, że prawie cała mała miednica wypełniona guzem, stanowiącym dalszy ciąg macicy. Postanowiono podwiązać naczynia, odżywiające górne odcinki macicy, rozciąć macicę, jak przy cięciu cesarskiem i, jeśli nasze rozpoznanie okaże się prawidłowem, amputować górny odcinek macicy, wszyć kikut w dolny kąt rany brzusznej, jamę przepłókać i drenować. Wykonano operacyę w następującym porządku: najprzód podwiązano jedwabnemi podwiązkami więzadło okrągłe, trąbkę Fallopiusza i tętnicę nasienną lewą, następnie przecięto na wewnątrz od podwiązek. Po przecięciu wystąpił niewielki krwotok z górnego odcinka macicy, zatamowany kleszczykami, krwotok w dolnym odcinku kikuta zatamowany *ligaturą en masse*. Toż samo wykonano z prawej strony. Po przecięciu więzadła okrągłego, trąbki Fallopiusza i tętnicy nasiennej nastąpił niewielki krwotok z kikuta, który zatamowaliśmy podwiązką *en masse*. Dalej przystąpiono do opróżnienia macicy z jej treści; w celu zapobieżenia wylaniu się treści macicznej do jamy brzusznej, obłożono macicę wyjałowionemi płócienkami, poczem ją rozcięto, jak przy cięciu cesarskiem. Przez otwór (2 ctm.) w przedniej ściance momentalnie wylało się dużo zgęszczonej krwi, następnie otwór w macicy rozszerzono do 5 ctm., a brzegi otworu uchwycono kleszczykami Museauxa, żeby módz go jeszcze więcej powiększyć i dać możność prędszemu i lepszemu opróżnieniu jamy; opróżniwszy ją z treści o tyle, że już nie przeszkadzała swobodnemu działaniu, operator odciął górny odcinek macicy; cięcie poprzeczne wypadło na ctm. niżej prostopadłego (krwotok tamowany był kleszczykami, lub też wprost kulociągiem, zachwytując nim całą grubość macicy); następnie wszył kikut w dolny odcinek rany brzusznej, górny zaś (odcinek rany) zaszył zwykłym sposobem. Wnętrze jamy przepłukano rozczynem fizyologicznym soli kuchennej; płyn, o ile możności, usunięto (chorą położyliśmy na boku dla dokładniejszego jego odpłynięcia), potem założono sączek z gazy jodoformowej 50% wypełniającej dokładnie jamę. W końcu założono opatrunek z pewnym uciskiem.

Po operacyi chora czuła się nieźle, skarżyła się tylko na ból w dołku i nudności.

	Godzina	C.	T.	Od.	
7/XII	3 popoł.	37,2	92	24	
	6 wiecz.	37,6	96	22	
	9 wiecz.	37,5	100	20	
	12 w.	37,5	104	22	
8/XII	4 r.	37,0	90	23	W nocy chora była niespokojną, niespała, wyrzekała na ból głowy i nudności; o północy wstrzyknięto podskórnie morfinę (0,01).
	7 r.	37,1	92	18	
	11 r.	36,9	90	20	
	2 popoł.	37,2	90	20	
	5 w.	37,0	88	20	
	8 w.	36,8	90	20	
	10 w.	37,1	90	20	
9/XII	3 r.	37,0	88	20	Spała znakomicie, stan zdrowia wogólności zadawalniający, wieczorem podano morfinę.
	7 r.	37,4	86	20	
	3 popoł.	37,2	82	20	
	6 w.	36,9	100	24	
	9 w.	36,4	99	20	
10/XII	1 n.	36,6	98	20	Noc zupełnie dobra.
	4 r.	37,0	108	20	
	7 r.	37,3	110	24	

15/XII Stan bezgorączkowy. Pierwszy opatrunek, zmiana drenu, ropy dość dużo.

17/XII Drugi opatrunek, gazę wyjęto, rana znacznie zmniejszona i lejkowata. Szwy usunięto tylko te, które zszywały ranę brzuszną, zagojenie przez rychłozrost. W jamę założono nowy dren z gazy jodoformowej.

19/XII Trzeci opatrunek. Ropy niewiele. Gazę wyjęto, jamę przepłukano 2% rozczynem formaliny, założono dren gumowy.

20/XII Chora siedzi a 23/XII chodzi.

24/XII. Ropy bardzo niewiele; zmiana drenu; jamę znów przepłukano rozczynem formaliny.

28/XII. Stan chorej zupełnie zadawalniający. Przy piątym opatrunku założono dren szklany; jamę przepłukano formaliną.

31/XII. Szósty opatrunek: założono znowu dren szklany, lecz mniejszych rozmiarów (grubość pióra gęsiego), wydzieliny bardzo niewiele.

4/I. 1897 r. Siódmy opatrunek. Ponieważ brzegi rany nie więcej wciągnięte, jak dawniej, zatem pozostałe szwy usunięto; zmieniono dren. —

7/I, 11/I, 16/I, opatrunki dalsze.

20/I. Jedenasty opatrunek. Dren zmieniono. Przy sondowaniu jamy i jednoczesnem badaniu przez odbytnicę stwierdzono, że jama przedstawia się jako kanał 8 ctm. długi, zwężony ku górze (na przestrzeni 5 ctm.) do tego stopnia, że dren grubości pióra gęsiego z trudem przechodzi. Wydzieliny, która jest więcej śluzowa niż ropna, niewiele. —

Wyżej wspomniałem, że postanowiono wszyć kikut w ranę brzuszną, z wyrachowaniem na następny zanik jamy. Ale gdyby w niedalekiej przyszłości jama sama przez się nie zanikła, to do tego można było dojść w inny sposób, mianowicie, niszcząc błonę śluzową, wyścielającą kanał jamy, albo działając na błonę śluzową środkami żrącymi, jak *t-ra jodi, fer. sesquichlorat.* etc., albo wprost wyskrobując ostrą

łyżeczką, albo też za pomocą t. zw. waporyzacyi. Ostatni sposób był stósowany w tutejszej klinice z kompletnem powodzeniem w jednym przypadku, przy zanikaniu ropnej jamy po otoku ropnym trąbki macicznej (pyosalpinx), otworzonej od strony jamy brzusznej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Sigmund Freud: **Die infantile Cerebrallähmung.**

W wiekopomnem dziele Prof. Nothnagla: „Specielle Pathologie und Therapie“, jako osobny zeszyt IX tomu, wyszła rozprawa znanego neurologa Freuda o dziecięcych porażeniach mózgowych. Wszystkie przypadki, pod tę nazwę podciągnięte, dzieli autor na dwa działy: 1) połowicze porażenia mózgowe dziecięce, i 2) obustronne porażenia mózgowe dziecięce. W dziale pierwszym szczególniejszą uwagę poświęca autor poporażennym zaburzeniom ruchowym. Skoro okres porażenny w przebiegu połowiczego porażenia dziecięcego został przezwyciężony, celowe prawidłowe ruchy bywają wykonywane w sposób nieco odmienny, w którym, przy ściślejszej analizie, można odróżnić 3 patologiczne wzory: 1) Ruch kurczowy, 2) niezborny i 3) pląsawiczy. Jak po upływie okresu zupełnego porażenia, prawie we wszystkich przypadkach można zauważyć cechę kurczowo-bezładną ruchów dowolnych, tak również przychodzi często do występowania ruchów mimowolnych poprzednio porażonych kończyn t. j. do okresu pląsawicy, świadczącej o dalszym postępie choroby, przyczem w zasadzie przykurczenia w częściach chorobowo zajętych, zmniejszają się, a względnie i ustępują, co jest charakterystyczne dla tych chorób wieku dziecięcego. Stósunku okresowego między wystąpieniem ruchów pląsawiczych a kurczowem porażeniem użyli Freud i Rie do przeprowadzenia szematycznego podziału połowiczych porażeń mózgowych. Stósunek ten może być czworaki:

1) Pojawia się pląsawica w okresie ustępowania kurczowego porażenia i to albo na obu, albo na jednej kończynie, tak zwane przez autora: „Spastische Parese mit Spätchorea“.

2) Równocześnie występuje porażenie i ruchy pląsawicze samoistne (postać mięszana).

3) Początkowo występuje pląsawica w jednej kończynie, a druga kurczowo porażona (postać przejściowa).

4) Zamiast porażenia występuje od początku pląsawica na obu kończynach, tak zwana: „Choreatische Parese“.

Tej ostatniej postaci poświęca autor szczególniejszą uwagę, uważa ją obok typu kurczowego jako drugi typ połowiczego porażenia mózgowego, w którym występuje od początku II okres typu zwyczajnego porażennego z pominięciem okresu I. Autor tabelarnie przedstawia 18 przypadków pląsawiczego porażenia i klinicznie je analizuje. Pod tę postać podciąga przypadki, opisane przez Dr. Oulmonta. W dziale obustronnych porażeń mózgowych dziecięcych, odróżnia autor 6 klinicznych typów:

1) Ogólne mózgowe stężenie (allgemeine cerebrale Starre) tak zw. Choroba Littlego.

2) Poprzeczne stężenie (Paraplegische Starre).

3) Poprzeczne porażenie (Paraplegische Lähmung).

4) Obustronne kurczowe porażenie połowicze.

5) Ogólna pląsawica.

6) Obustronna *athetosa* odpowiadająca obustronnemu pląsawiczemu porażeniu Freud-Rie.

Wszystkie te postacie mogą tworzyć ze sobą pewne kombinacye, postacie przejściowe, lecz pod względem anatomicznym lub etyologicznym ściśle oddzielić tych form nie można. Jaki zachodzi stosunek zmian anatomo-patologicznych do objawów chorobowych jest to pytanie nader trudne, gdyż przypadki, które dostają się na stół sekcyjny, najczęściej są zastarzałe tak, że badaniu podpadają tylko stany końcowe, jak torbiele, ogniska stwardniałe, guzowate i t. d. Te stany patologiczne badane na stole sekcyjnym, nie odpowiadają już schorzeniu pierwotnemu, lecz są raczej wynikiem różnorodnych spraw następowych. Dziecięce porażenia mózgowe nie dadzą się scharakteryzować ich chorobową lokalizacyą, tak, jak to ma miejsce w innych chorobach mózgowych. Już Cotard, uczeń Charcota, wykazał, że zmiany patologiczne tej choroby są różnej natury, po części tylko równorzędne ze zmianami u dorosłych i charakterystyczne dla wieku dziecięcego. Czynniki przyczynowe, wywołujące pierwotne zaburzenia mózgowe w tej chorobie są, według Freuda, przyrody urazowej, naczyniowej, zapalnej i rozwojowej. Postacie urazowe, wywołane przez kwotoki podczas porodu, tworzą przedewszystkiem obraz choroby Littlego, jako pewne uważa też autor formy przyrody naczyniowej, wydarzające się i u dorosłych, a powstające na tle ognisk rozmiękczynowych, skutkiem zatorów, zakrzepów i wynaczynień. Dotychczas nie jest udowodnionem istnienie ostrego zapalenia mózgu, jako przyczyny dziecięcego porażenia mózgowego, a gdyby nawet ono istniało, to pytanie, czy byłoby tej samej natury, co u dorosłych. To też Freud zbija teoryę Viziolisa i Strümpell-Wernickego, z których ostatni uważa chorobę tą za sprawę zakaźną i zapalną. W rozdziale „Pathologische Physiologie“, mającym za zadanie wprowadzić ścisły stósunek między symptomatologią choroby a jej anatomią patologiczną, zajmuje się autor szczegółowo występowaniem ogólnego stężenia i stosunku jego do zmian dróg ruchowych. Jako najprawdopodobniejsze wydaje się autorowi powstanie tego objawu wskutek osłabienia wpływu mózgu. Dla wytłumaczenia ruchów pląsawiczych przyjmuje on teoryę Antona (porażenie dróg tamujących).

W dalszym ciągu swej pracy zastanawia się autor nad postaciami dziedzicznemi chorób nerwowych, które ze względów teoretycznych z zasady należy oddzielić od właściwych mózgowych chorób porażennych wieku dziecięcego, wywołanych przez przypadkowe schorzenia układu nerwowego; z drugiej zaś wykazuje częstość objawów padaczkowych i idyotyzmu w następstwie porażeń dziecięcych, w których to przypadkach istnienie samoistnej padaczki stanowczo wykluczyć należy.

Freud kończy swe dzieło rozdziałem o różniczkowem rozpoznawaniu tej choroby, oraz leczeniu, z uwzględnieniem zabiegów operacyjnych, poleconych przez Sachsa, Gerstera, Lannelonguea, jakoteż teoryi Bournevillea, dążącej metodą pedagogiczną do poprawy czynności umysłowych dzieci, cierpiących na tę chorobę. *Dr. Bolesław Komorowski.*

V. Wyciągi.

Knapp: **Aceton w moczu ciężarnych i rodzących, jako znak śródmacicznej smierci płodu.** *(Centralblatt für Gynäkologie* 1897. Nr. 16). Autor potwierdza spostrzeżenia Vacarelliego, że w razie śmierci płodu, pojawia się w moczu ciężarnych kobiet aceton. Zwiększone wydzielanie się acetonu przez nerki w takich przypadkach uważa autor za następstwo trującego działania, jakie nieżywy, zmacerowany płód na ustrój matki wywiera, o czem Klein w ostatnich czasach wspomina. W przypadkach spostrzeganych przez autora podczas porodu zmacerowanego płodu, aceton zawsze znajdował się w moczu, a znikał dopiero w drugim dniu połogu. Również we wszystkich przypadkach, gdzie wśród ciąży było uzasadnione podejrzenie śmierci płodu, próba moczu na aceton wypadała dodatnio. Do wykrycia acetonu w moczu służy próba Legala: za dodaniem do małej ilości moczu kilku kropel miernie zgęszczonego rozczynu nitroprusydku sodu i ługu sodowego, występuje, w razie obecności acetonu, zabarwienie moczu czerwone, rychło bledniejące,

które, po dolaniu kwasu octowego, przechodzi w barwę purpurową lub fioletową. *Ww.*

Dr. Winkler: **O swoiście barwiących się tworach, znajdowanych w zmianach kiłowych.** (Tymcz. donies.) (*Wien. klin. Wochensch.* 1897. Nr. 17). Autor znalazł pod drobnowidem swoiste twory, tak w wydzielinach zmian kiłowych, jakoteż w samych schorzałych tkankach. Wydzieliny ustalał zwykłym sposobem na szkiełku nakrywkowem, tkanki zaś stwardniał w różnych płynach do tego używanych, prócz płynu Flemminga, który do tego się nie nadaje. Do barwienia używał rozczynu tioniny w zgęszczonym kwasie karbolowym, z którego bezpośrednio przed użyciem robi rozczyn wodny. Do odbarwienia zaś używa czystej formaliny, opłukując tylko przedtem w wodzie, z małą jej domieszką, wreszcie spłukując potem wodą, wyjaśnia xylolem. Wtedy widać między leukocytami z odcieniem ciemno-czerwono-fioletowym zabarwione twory kuliste, wielkości $^1/_3$ część ciałka białego, i to zwykle pojedyńczo, czasami po dwa. Nie wszystkie jednak są jednakowe; jedne barwią się całkowicie i jednolicie. w innych widać w środku jasną plamkę. Pierwsze z nich bywają w wydzielinie, obydwie postacie zaś w tkankach, i to w przestworach chłonnych, a znacznie rzadziej w naczyniach krwionośnych. Autor skłonnym jest uważać twory te za ustroje, które stara się wprowadzić w związek z jadem kiłowym, a dwie odmiany tłumaczy stopniem rozwoju; jedna postać krąży w cieczy chłoniczej, druga istnieje w tkankach. *F. K.*

Prof. E. Lang: **Leczenie liszaja żrącego (lupus vulgaris).** (*Wien. med. Woch.* 1897 Nr. 19). Oświadczywszy się za gruźliczą przyrodą liszaja żrącego i przytoczywszy na dowód tego, badania różnych autorów i stosunki dziedziczności w swoich przypadkach, przechodzi autor kolejno wszystkie sposoby leczenia, które go nigdy nie zadowolniły, a jedynie dobre usługi oddało mu wycinanie skóry chorobowo zajętej i pokrycie jej jednym ze znanych sposobów, zwracając uwagę tylko na to, aby wycinać w zupełnie zdrowych tkankach, tak na powierzchni jak i w tkance podskórnej. Na poparcie tej metody leczniczej przytacza L. 56 przypadków tą metodą przez siebie leczonych. w których choroba trwała od 1 do 47 lat. Z tych przypadków 23 spostrzegał czas dłuższy, bo od jednego do 5 lat, ale tylko 5 razy widział nawrót choroby. *F. K.*

Dr. L. Polier: **O złamaniach kręgosłupa i ich leczeniu.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 54. Z. 2). Praca ta osnuta na względnie bogatym materyale klinicznym, bo obejmującym 32 przypadków złamań kręgosłupa, poza znanymi szczegółami, odnoszącymi się do objawów tego uszkodzenia, stara skierować leczenie obrażeń będących w mowie na znane wprawdzie, ale dotychczas troskliwie unikane, tory. U każdego chorego, u którego istniało znaczne przesunięcie odłamków, t. j. garb (a takich było 22), natychmiast po wypadku użył P. gwałtownego wyciągania kręgosłupa i odprowadzenia garbu (redressement forcé). W szczegółach zabieg ten przedstawia się następująco: skoro tylko stan ogólny chorych na to pozwalał, zarządzano głęboką narkozę. Następnie zakładano pętlę Glissona; jeden asystent stojący w głowach łóżka, naciągał zlekka pętlę; dwóch zaś innych chwytało każdy jedną nogę chorego, i na komendę operatora, wszyscy trzej równocześnie rozciągają chorego, dopóty, póki on nie zawiśnie nad łóżkiem. Operator korzysta z tej chwili, uciska jedną ręką, owiniętą kompresem, na garb, drugą kontroluje zachowanie się odłamków. Po odprowadzeniu tych ostatnich opuszcza się chorego ostrożnie na łóżko, podkładając pod garb poduszkę, napełnioną plewą; koniec głowowy łóżka ustawia się o 20 ctm. wyżej niż drugi, do pętli Glissona przymocowuje się kilka ciężarków 4—8 funtowych i w tem położeniu pozostawia się chorego przez kilka tygodni.

Przy takiem postępowaniu nie zdarzyło się nigdy nic, coby wskazywało na jakiekolwiek niebezpieczeństwo, połączone z tym energicznym zabiegiem. Owszem, takiemu tylko postępowaniu, jak mniema P., sześciu chorych z objawami poprzecznego zajęcia rdzenia, zawdzięcza życie i zdrowie nie mal zupełne; trzynastu jednak z takiemi objawami, mimo leczenia w mowie będącego, zmarło. W jakich przypadkach i kiedy wykonywaćby należało zabieg krwawy, nie wypowiada autor własnego zdania, bo mu brak doświadczenia. *Dr. Herman.*

Dr. Steinschneider: **Agar z żółtkiem jaja jako pożywka dla gonokokków.** (Doniesienie tymczasowe). (*Berl. kl. Woch.* 1897. Nr. 18). Autor wyhodował gonokoki w pracowni Prof. Neissera w Wrocławiu na powyżej wymienionej mięszaninie po 24—48 godzinach, w ciepłocie 37°C. Pożywkę tę przygotowuje S. w ten sposób, że żółtko jaja mięsza z 3-krotną ilością wody wyjałowionej; 20 grm. tej mięszaniny łączy z 10 grm. 20% rozczynu fosforanu sodowego, a wreszcie dodaje 90 grm. $2^1/_2$—3% agaru i wlewa wszystko do probówki, aby ukośnie skrzepło. Bez fosforanu sodowego pożywka ma barwę żółtą i jest nieprzeźroczystą; po dodaniu tej soli przybiera barwę agaru i staje się więcej, choć nie zupełnie, przeźroczystą. Hodowle rosną dobrze, ale nieco skąpiej, niż na surowicy z agarem. *F. K.*

Dr. Artur Latham: **Przyczynek do nauki o zmianach krwi w zatruciu tlenkiem węgla.** (*Wien. klin. Rundschau*, Nr. 8, 1897). W najpoważniejszych dziełach o krwi jak: Hayema i Grawitza, nie ma wzmianki o żadnych innych zmianach we krwi zatrutych tlenkiem węgla, jak tylko, że hemoglobina łączy się z tlenkiem węgla w połączenie, które pod wpływem tlenu bardzo trudno przechodzi w oxyhemoglobinę, nie jak czysta hemoglobina. Tylko Limbeck, prymaryusz szpitala Rudolfa w Wiedniu. na którego oddziele autor pracuje, w książce swej *Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes*, Jena, 1896), zaznacza, że we krwi ludzi, zatrutych tlenkiem węgla, zaraz po zatruciu, ilość ciałek czerwonych w 1 ctm³. wybitnie się powiększa.

Autor cytuje trzy przypadki klinicznie dokładnie spostrzegane i potwierdza spostrzeżenie swego prymaryusza. Doświadczenia kontrolne, przeprowadzone na królikach, w zupełności spostrzeżenie to stwierdziły.

Zjawisko to tłumaczy sobie autor analogicznie, jak Breitenstein tłumaczył podobne zjawisko u ludzi gorączkujących, których skąpano w chłodnej wodzie (22°R). Ilość ciałek czerwonych krwi, wziętej z tętnic obwodowych, rosła; podobnie rzecz się miała u zwierząt; równocześnie zaś. ilość ciałek czerwonych w krwi z wątroby, malała.

Jednem słowem, na korzyść części obwodowych maleje ilość ciałek czerwonych w tętnicach głębokich ustroju. Doświadczenia stwierdziły ten pogląd i na królikach zatrutych tlenkiem węgla, u których równocześnie brano krew z małżowiny usznej i tętnicy krezkowej. *Stahr.*

Haberda: **O otruciu arsenem z pochwy i o działaniu miejscowem tego przetworu.** (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1897, Nr. 9). Przy sekcyi 25-letniej dziewczyny znalazł H. górną część pochwy wypełnioną wypociną włóknikową, wśród której znajdował się mały czopek papieru, zawierający ziarnka arszeniku, widoczne zresztą tu i owdzie i wśród wypociny. Błona śluzowa pochwy silnie obrzmiała i przekrwiona, jednak bez nadżarć lub owrzodzeń. W innych narządach, obok lekkiej ogólnej żółtaczki i wynaczynionek, znalazł stłuszczenie serca, wątroby i nerek, rozpulchnienie błony śluzowej żołądka i jelit. Autor przytacza nastepnie 5 znanych dotąd przypadków zatrucia arszenikiem przez pochwę, czy to w zamiarze samobójczym — czy też w zbrodniczym i zdaje sprawę z doświadczeń na zwierzętach, wykonanych celem określenia jakości miejscowego działania arszeniku, co jest dotychczas sprawą sporną. Z doświadczeń tych wynika, że arszenik nie należy do trucizn żrących, któreby przez strącenie lub rozpuszczenie białka tkankowego sprowadzały śmierć tkanki; jeśli się zdarzy obumarcie tkaniny, to jest ono na-

stępstwem znacznego zapalenia z wypociną włóknikową, i przekrwienia. *Dr. W. Sieradzki.*

F r o n z: **Przyczynek do nauki o gruźlicy gruczołów oskrzelowych.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, 44. Bd. według *Wien. med. Presse.* 1897, 14). Gruźlica gruczołów oskrzelowych, której kliniczne przypady u dorosłych mało są wybitne, ma wielkie znaczenie w wieku dziecięcym z powodu obfitości wywoływanych przez nią zjawisk chorobowych. Autor opisuje 3 zajmujące przypadki tego cierpienia:

1. U dziecka 8-letniego wystąpiła nagle przed 14 dniami duszność i sinica. Z powodu powtórzenia się tego napadu oddano dziecko prawie umierające do szpitala, tu zaś natychmiast wykonano przecięcie tchawicy. Podczas uśpienia objawy ustąpiły; sinica i duszność wydechowa, później znowu wdechowa pojawiły się jednak znowu, jak tylko zaczęto robić próby rozbudzenia. W 2. dniu po przyjęciu wykaszlało dziecko serowaty czop wielkości grochu, w którym można było wykazać prątki gruźlicze, a potem wydzielinę ropną. Nastąpił powolny powrót do zdrowia, przerwany przez zapalenie płuc.

2. Dziecko $2^1/_2$-letnie cierpiało od tygodnia na kaszel, gorączkę i drgawki, trwające po kilka minut; przed kilkoma dniami wystąpił napad duszności ze znaczną sinicą. Przy przyjęciu stwierdzono utrudnienie wdechu i wydechu, szorstki kaszel, mierne przytłumienie nad rękojeścią mostka. W dzień później zmusiła wzmagająca się duszność do podjęcia przecięcia tchawicy. Zapomocą kleszczyków dały się usunąć z tchawicy grudkowate kawałki zserowaciałej tkanki gruczołowej. Napady duszenia się mimo to wzmagają się i następuje skon. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono w miejscu rozwidlenia przy przejściu tchawicy w prawe oskrzele serowaty czop, który wystawał z otworu wielkości soczewicy i zwężał światło tchawicy i oskrzela. Otwór prowadził do jamy gruczołowej, nieco większej od orzecha laskowego.

3. 14-miesięczne dziecko w przeddzień przyjęcia do szpitala oddawało przez nos i usta skrzepłą krew. W dniu przyjęcia stwierdzono próchnienie jednej kości skalistej i gruźliczy naciek płuc. Wykrztuszanie krwi powraca w sposób piorunujący i sprowadza śmierć. Badanie pośmiertne wykazuje tętniaka gałązki tętnicy płucnej, który przebił się do jamy gruczołowej, będącej w połączeniu z oskrzelem płatu dolnego. *L.*

Dr. Hr. D o e r f l e r: **Przyczynki do leczenia ran drążących brzucha.** (*Med. chir. Ctrbl.*, Nr. 12 i 13, 1897). Autor w 5 przypadkach ran drążących brzucha otworzył jamę brzuszną i, jak mniema, właśnie dzięki takiemu postępowaniu, osiągnął niezły wynik ogólny. Historye chorób w krótkości brzmią, jak następuje:

1) Rana drążąca, kłóta. Objawy wewnętrznego krwotoku. Laparatomia w 3 g. po wypadku. Krwawienie z tętnicy sieciowej. Podwiązanie. Wyzdrowienie.

2) Rana jak w przypadku poprzednim. Wypadło jelito i sieć. Pętlę jelita odprowadzono, sieć podwiązano i odcięto. Jamę brzuszną sączkowano gazą jodoformową. Wyleczenie bez powikłań. Operowano $2^1/_2$ g. po uszkodzeniu.

3) Rana jak w przyp. poprz. Uszkodzony tylko pęcherzyk żółciowy. Szew na pęcherzyk. Wyleczenie.

4) Rana postrzałowa. Operowana w 5 g. po wypadku. Kanał skośnie przebiegający w przedniej ścianie żołądka. Otworu wystrzału nie znaleziono. Szew na ranę. Wyleczenie.

5) Rana drążąca, kłóta. Operowana w 11 g. po wypadku. Objawy zapalenia otrzewny. W jamie brzusznej kał. Szew na jelito. Tamponada gazą jodoformową. Śmierć.

Własną kazuistyką popierając swe wywody, radzi D. w każdym przypadku ran powłok brzusznych, występować czynnie. Ranę, postępując warstwowo, rozszerzyć, i naocznie się przekonać, czy jest ona powierzchowną, czy też drążącą. W ostatnim przypadku otworzyć jamę brzuszną i stwierdzić stan narządów wewnętrznych. Dalsze postępowanie zależeć będzie od napotkanych zmian. Przeciwwskazania dla laparatomii w tych przypadkach niema, nie stanowi go ani istniejący zapad, ani zapalenie otrzewny. Zawsze pomódz możemy, jeżeli tylko rozporządzamy odpowiednią aseptyką. *Dr. Herman.*

Lindenthal: **O grypie (influenza) sporadycznej.** (*Wien. klin. Woch.*, 1897, Nr. 15). Na podstawie 8 przypadków, w których przeprowadzono badanie bakteryologiczne, dochodzi L. do następujących wniosków:

1. Także w czasie wolnym od nagminnego panowania stwierdzić można sporadyczne przypadki grypy.

2. Zapalenia bocznych jam nosa przy grypie w znacznej liczbie przypadków, albo nawet we wszystkich, są wywołane przez prątek grypy, często jednak przychodzi tu do zakażenia wtórorzędnego innymi drobnoustrojami ropnymi.

3. Prątek grypy jest zmienny co do wielkości i kształtu; znachodzą się rozmaite przejścia między najmniejszymi pręcikami, podobnymi do koków, aż do dużych prątków o rozmiarach prątków błoniczych. Zachowuje on jednak zawsze swoje główne cechy: trudno się barwi, jest nieruchomy, względem barwienia Grama zachowuje się opornie, rośnie wyłącznie na pożywkach zawierających hemoglobinę, nie rośnie w ciepłocie pokojowej, lub przy braku tlenu.

5. Osady prątka grypy są początkowo półkulisto wysklepione, jednostajne, szklisto przeświecające; później jednak, jeżeli mogą bez przeszkody wzrastać, okazują w środku ziarnistą budowę, stają się bardziej płaskie, niebieskawo przeświecające, a nawet nieprzeźroczyste i mogą osięgnąć wielkość 4—5 mm. w średnicy. *L.*

Doc. Dr. B r a u n: **Znieczulenie kokainą obszarowe.** (*Ctrbl. f. Ch.*, 1897, Nr. 17). Powszechnie wiadomo, jak znakomite oddaje w praktyce usługi miejscowe znieczulanie kokainą, przez miąższowe wstrzykiwanie słabych (2%) jej roczczynów. Sposób ten znakomicie ulepszył Schleich, i znacznie rozszerzył zakres jego stosowania. Niestety jednak zdarzają się przypadki, liczne i bardzo bolesne w operowaniu (n. p. zanogcicy, paznogcia wrastającego etc.), gdzie sposobu tego albo wcale użyć nie możemy, albo zastósowany, działa niedokładnie. By w tych przypadkach uniknąć usypiania, zaczęto próbować innego sposobu, mianowicie kokainowego znieczulania tak zw. obszarowego (regionarnego). Sposób ten polega na wstrzykiwaniu roczczynu kokainy w obwodzie nerwu, który zaopatruje okolicę, gdzie zamierzamy operacyę wykonać. W kierunku tym doświadczali Corning, Oberst, Kogius (u nas Gabryszewski) i inni. Nie zdołała jednak metoda ta znaleźć ogólniejszego zastósowania w praktyce, i tylko dzięki Oberstowi, używana do operacyi na palcach rąk i nóg, bardzo dobre oddać może usługi. Doświadczenia O. wykazały, że 1) do obszarowego znieczulenia wystarcza 1% roczczyn kokainy, 2) że znieczulenie tylko tam w pełni występuje, gdzie się da odciąć zupełnie dopływ krwi, i wykluczyć połączenie obwodowych nerwów czuciowych (jak na palcach) i 3) że znieczulanie występuje dopiero w 5 i więcej minut po wstrzyknięciu. Żeby zatem palec znieczulić, zakładamy na podstawę jego dren, nakształt węża Esmarcha, obwodowo od tegoż w okolicy wszystkich 4 nerwów (2 dłoniowych, 2 grzbietowych) wstrzykujemy $^1/_4$—$^1/_2$ strzykawki Pravatza 1% roczczynu kokainy, każdorazowo podskórnie, a po przeczekaniu 5 minut, przystępujemy do nacięcia zanogcicy, do operacyi paznogcia wrastającego, odjęcia palca etc., zawsze bez bólu. *Dr. Herman.*

S c h u s t e r: **O obmacywaniu narządów brzusznych w ciepłej pełnej kąpieli.** (*St. Peters. med. Woch.*, 1897, Nr. 15). S. zwraca uwagę, że w ciepłej kąpieli, zapewne skutkiem obniżenia czynności odruchowych, napięcie mięśni brzusznych zostaje zmniejszone do *minimum* tak, że ściana brzuszna daje uczucie wiotko napiętego żagla. Badanie w tych warunkach, jeżeli rozchodzi się o stwierdzenie powiększenia pewnych narządów brzusznych (po przejściu okresu najostrzejszego), tętniaków tętnicy głównej i przemiejscowienia narządów, może przedstawiać znaczne korzyści w przypadkach trudniejszych. *L.*

Prof. J a n o w s k y: **Leczenie liszaja żrącego.** (*Wien. klin. Rundschau*, 1897, Nr. 19 i 20). Autor rozdziela lecze-

nie tej choroby na wewnętrzne, które dąży do podniesienia stanu ogólnego, i zewnętrzne. W szeregu sposobów leczenia zewnętrznego na pierwszem miejscu stawia J. wyłyżeczkowanie i przypalenie żegadłem Paquelina. Mniej dobre wyniki otrzymywał po nakłówaniu rozległych nacieków (skaryfikacya Volkmann-Vidal). Przy małych ogniskach dobre usługi oddaje żegadło galwaniczne (Besnier). Tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach, gdy istnieją korzystne warunki do następowej plastyki, zaleca metodę Langa. Nie odmawia również znaczenia, szczególnie rozpoznawczego, tuberkulinie Kocha, gdyż otrzymywał znaczne polepszenia, a nawet wyleczenia; nigdy jednak nie zapobiegała tuberkulina nawrotom chorobowym. Kantarydyna Liebreicha nie tylko nie usuwa zmian, ale dłużej podawana sprowadza białkomocz. (Te same ujemne wyniki otrzymał sprawozdawca przy stósowaniu jej na oddziale Prof. Zarewicza). Podobnie wyraża się o wstrzykiwaniach thyosinaminy i nukleiny. Często jednak ze względów technicznych zabieg chirurgiczny jest niemożebnym, dlatego zaleca autor obok powyższych środki pomocnicze, do których w pierwszym rzędzie należą środki żrące i to takie, które działają tylko na zmiany chorobowe, nie urażając skóry. Przed użyciem tych ostatnich leków należy usunąć strupy lub przerosły przyskórek, do czego używa J. oliwy lub *empl. salicyl. saponat.* (Pick). Gdy istnieje podrażnienie lub wyprysk otaczającej skóry, zaleca okłady z płynu Burowa, z 1% resorcyny. Sublimat $^1/_2$‰ dobrze działa na wrzody, podobnie jodoform, drażniący czasami skórę, lub kwas borowy w postaci maści 2—3 : 30. Do środków żrących, używanych w liszaju, zalicza: 1. arsen, 2. kw. pyrogalusowy, 3. ciasto (pastę) salicylowo-kreozotowe (Unna), 4. ciasto z parachlorofenolu (Elsenberg). Ciasta (pasty) arszenikowe (Hebra) zarzucił autor z powodu, iż zanadto drażnią i wywołują znaczne bóle. Kwas pyrogalusowy (Jarisch), jako 10% maść, jest bardzo dobrym środkiem; nie można go jednak używać na większych przestrzeniach, gdyż łatwo sprowadza zatrucia. Dla wygody użycia zaleca autor ten lek w postaci mulu Unny. Chętniej używa ciasta (pasty) salicylowo-kreozotowego (Ac. salicyl 40,0, Creosoti 80,0, Cerat. simpl. 60,0 Cera alb. 20,0 Unna) lub też tychże przetworów w postaci mulów plastrowych, co 2—3 dni przykładanych na miejsca chorobą zajęte. W najnowszych czasach (1894) otrzymywał autor podobnie pomyślne wyniki po stósowaniu ciasta (pasty) z parachlorofenolu Elsenberga. Środek ten, polecony przez Nenckiego, ma te zalety, że jest więcej przeciwpasorzytniczym niż fenol, nie zupełnie ścina białko i nie wywołuje objawów ogólnych. Pasty tej używa w ten sposób, że miejsca liszajem dotknięte zmywa wyskokiem i eterem, a następnie wysyconym rozczynem węglanu sodowego lub potasowego i wtedy dopiero przykłada pastę, którą wedle E. zapisuje: *Lanolini, Vaselini, Amyl. trit. Parachlorofenol. aa.* i przykłada ją na 10—12 godzin; po odjęciu zaś smaruje lekką obojętną maścią. Po dwóch dniach powtarza to samo i tak przez 10 do 14 dni. Guzki i nacieki liszaja pokrywają się strupami, które po 8—10 dniach odpadają. *F. K.*

I) Trump: *Colicystitis* **w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* Tom 45. Zeszyt 3 i 4). *Colicystytis* jest to zapalenie pęcherza moczowego, wywołane przez *bacterium coli commune.* Pierwszy Escherich zwrócił uwagę na częstość pojawiania się chorób pęcherza u dzieci, a w r. 1894 ogłosił 7 przypadków *colicystitis* u dziewcząt. U starszych dzieci stan ogólny w przebiegu tej choroby nie ulegał zmianie, a występowały jedynie przypadłości miejscowe; u osesków zaś pojawiała się gorączka, niepokój i upośledzenie stanu ogólnego. Escherich sądził, że zakażenie może powstać drogą krążenia krwi, lub przedostawaniem się prątków przez ścianę pęcherza; a ponieważ wszystkie przypadki dotyczyły dziewcząt, nie mógł wykluczyć zakażenia prątkami, dostającymi się do pęcherza przez cewkę moczową. Dopiero spostrzegane w r. 1895 dwa przypadki u chłopców przedtem nie kateteryzowanych, przekonały E. o błędnem tłumaczeniu powstawania. Trumpp, na podstawie własnych spostrzeżeń dzieli *colicystitis* na przypadki lżejsze z objawami miejscowymi i na ciężkie z objawami ogólnymi mniej lub więcej ciężkimi. Mocz we wszystkich przypadkach bywa mętny, oddziaływa kwaśno, zawiera niekiedy małą ilość białka. Mikroskopowo: przybłonek pęcherza, liczne, przeważnie wielojądrzaste, ciałka białe i prątki krótkie. Choroba przeciętnie trwa 1—2 tygodni. Rokowanie jest dobre (w lżejszych przypadkach); zdarza się tylko niekiedy nawrót choroby lub posuwanie się ku górze i wywołanie zapalenia miedniczek nerkowych lub samych nerek. Ciężkim przypadkom towarzyszy gorączka, brak łaknienia, pragnienie, niekiedy wymioty, osłabienie, senność, niepokój, parcie na mocz, bolesność w okolicy pęcherza lub nerek. W obrazie mikroskopowym cała widownia jest zasiana komórkami ropnemi, a prątki występują w zbitych masach. W przypadkach tych choroba może nawet kilka miesięcy trwać, a rokowanie jest wątpliwe. Leczenie polegało na przepłókiwaniu pęcherza $^1/_4$% letnim rozczynem lyzolu lub kreoliną, dodawaną kroplami do wody, aż do nastąpienia zmętnienia. Wewnętrznie podawano salol 0,5 dwa do 6 razy dziennie (u osesków należy salol ostrożnie podawać, gdyż może wystąpić mocz krwawy). Niekiedy podawał T. naftalinę 0,25—1,0, dwa do 6 razy dziennie, lub benzonaftol 0,5 dwa do 6 razy dziennie. Autor dochodzi wreszcie do następujących wniosków: 1) *Colicystitis* nie pojawia się tak rzadko u dzieci jak przypuszczano. 2) Częstsze pojawianie się u dziewcząt przemawia za tem, że niekiedy powstaje zakażenie drogą cewki moczowej, ponieważ jednak cierpienie to występuje również u chłopców i to często w przebiegu chorób przewodu pokarmowego, szczególnie w przebiegu zapalenia mieszkowego (enteritis follicularis), należy przeto przypuszczać, że prątki mogą się z jelit dostawać do pęcherza moczowego. 3) *Colicystytis* może spowodować ciężkie objawy ogólne i zapalenie nerek, z zejściem śmiertelnem.

Dr. Jan Landau.

II) Drews (w Hamburgu): **Somatoza w praktyce dziecięcej.** *Therapeut. Wochenschrift.* Nr. 22 i 23. 1897 r.). Autor używał somatosy w następujących przypadkach: 1) u zdrowych osesków, jako dodatek do mleka krowiego, czyniąc je tem samem łatwiej strawnem, albo też u źle rozwiniętych osesków; 2) u sztucznie karmionych z niestrawnością ostrą lub chroniczną, nieżytem żołądka i jelit i cholerą dziecięcą; 3) u dzieci w przebiegu chorób ostrych: zrazikowe i dławcowe zapalenie płuc, odra, płonica, błonica a szczególnie dur brzuszny, krztusiec (gdyż w tym ostatnim przypadku jest utrudnione przyjmowanie pokarmów); 4) u wyzdrowieńców po ostrych, wyniszczających chorobach.

U osesków, jako dodatek do mleka podaje D. somatosę w następujących dawkach: na 1 litr mleka w pierwszym miesiącu dodaje od 1.0 somatosy do 7—8.0 w XI—XII miesiącu. Dzieci rozwijały się i przybierały na wadze tak, jak przy karmieniu piersią; uległszy chorobie, okazywały większą odporność i prędzej wracały do zdrowia, aniżeli oseski karmione innymi sposobami. Autor otrzymał bardzo dobre wyniki u dzieci krzywiczych z zaparciem stolca, spowodowanem upośledzeniem ruchów robaczkowych jelit; u osesków z chorobami przewodu pokarmowego podawano somatozę w mleku lub wodzie 2—4 gm. dziennie, a przy częstych wymiotach 2—4 gm. rozpuszczone w $^1/_2$ l. wody i podawano co $^1/_2$—1 godziny po 1—2 łyżek stołowych. Część somatozy ulega wessaniu w żołądku, reszta rozpuszczonych istot białkowatych pozostaje tylko krótki czas w przewodzie pokarmowym tak, że nie dostarcza prątkom zawartym w jelitach materyału odżywczego i nie powstaje tu kiśnienie a tem samem zadraźnienie jelit. Autor dochodzi na podstawie swoich badań do następujących wniosków:

Somatoza nie zawiera istot nieulegających wessaniu, jest bez zapachu i smaku, zawiera fosforan potasowy, odgrywający ważną rolę w tworzeniu się komórek, w małych dawkach nie drażni przewodu pokarmowego, powoduje ścięcie się sernika mleka krowiego w wiotkie niteczki (jak w mleku kobiecem), łatwo ulega wessaniu i sprowadza przyrost na wa-

dze u zdrowych i chorych osesków. 2) W przebiegu nieżytu przewodu pokarmowego usuwa wymioty i niepokój dzieci i zwalnia ruch robaczkowy jelit tak, iż stolce stają się prawidłowe. 3) Somatoza wpływa korzystnie na rozwój układu kostnego i przeszkadza powstawaniu krzywicy. 4) U starszych dzieci wpływa również korzystnie na zaburzenia w narządzie trawienia. 5) W przebiegu ostrych, wyniszczających chorób gorączkowych działa somatosa jako środek dyetetyczny i pobudzający czynność serca. Ponieważ podaje się somatosę w małych dawkach, przeto uwzględniając wielką ilość zawartych w niej istot białkowatych, cena stosunkowo jest bardzo nizka. *Dr. Jan Landau.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 2 Czerwca 1897 r.

Przewodniczący kol. Surzycki. — Obecnych członków 25.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Władysław Jarosz został jednogłośnie przyjęty na członka czynnego Tow. lekarskiego.

3) Kol. Ciechanowski stawia wniosek, by sprawozdanie komisyi słownikowej, złożone przez kolegę Domańskiego, umieścić w całości w »Przeglądzie lek.« i nadmienić przytem, że po przeczytaniu listu prof. Brodowskiego, następnie po dyskusyi, w której wzięli udział koll.: Ciechanowski, Cybulski, Klecki, Raczyński i Wernicki, powiększono Komisyę, dobraniem w miejsce ustępującego kol. Kwaśnickiego, następujących członków: Browicz, Ciechanowski i Cybulski. Wniosek ten przyjęto.

4) Kol. Browicz, jako członek nowo wybranej Komisyi słownikowej zawiadamia, że nagromadzono materyału dla słownika bardzo wiele, teraz trzeba go uporządkować i sądzi, że przynajmniej część słownika na czas zjazdu w Poznaniu może być już wydrukowaną. Na zapytanie, czy istnieje jaki regulamin co do posiedzeń Komisyi i czy jest nadzieja ujednostajnienia słownictwa i uwzględnienia części polsko-łacińskiej słownika, objaśnia prof. Browicz, że co do wyrazów spornych, musi nastąpić ustne porozumienie się z kolegami warszawskimi, celem załatwienia tej sprawy, a co do części polsko-łacińskiej spodziewa się, że stanie się zadość życzeniu Towarzystwa lekarskiego.

5) Kol. Surzycki zawiadamia, że po porozumieniu się z kol. Rydygierem, pojedzie do Warszawy celem wspólnego wręczenia prof. Brodowskiemu Nru jubileuszowego »Przegl. lek.«.

6) Kol. Kwaśnicki zawiadamia, że Nr. jubileuszowy dla jubilata Brodowskiego jest już gotowy.

7) Kol. Sieradzki mówił o przypadku pęknięcia dwunastnicy i żołądka u 19-letniego wyrobnika. (Odczyt ten został ogłoszony w Numerze 23 »Przegl. lek. 1897).

Tenże: przedstawił przypadek *Onychogryphosis*, znaleziony przy sekcyi w zakładzie anatomii patologicznej.

8) Kol. Ciechanowski przedstawił przypadek samoistnego pęknięcia jelita u noworodka, prawdopodobnie podczas porodu. (Wyjątek z pracy ogłoszonej w Nr. 23 »Przegl. lek.« 1897).

9) Prof. Browicz wyłożył rzecz: O różnorodności złogów żółciowych śródkomórkowych w stanach chorobowych komórek wątrobowych pod względem barwy i stanu skupienia i o znaczeniu tej różnorodności. (Demonstracye zapomocą projekcyi).

Do szczegółów, pomieszczonych w Nr. 23 »Przeglądu lek.« dołącza Br. nowe spostrzeżenia, a mianowicie, iż ciałka czerwone krwi jako takie, dostają się do komórki wątrobowej, do jej protoplazmy, a następnie do jądra. Wśród jądra ciałka czerwone krwi ulegają zmianie pod wpływem substancyi jądra, która działa na ciałka jako czynnik rozpuszczający je, a wpływ ten udawadniają powstające wśród jądra typowe kryształy hemoglobiny. Szczegół, iż ciałka czerwone krwi dostają się do jądra komórki, tam ulegają widocznej zmianie (krystalizacya hemoglobiny tylko w jądrze a nie w protoplazmie) tworzy niewątpliwy dowód, iż jądro komórki wątrobowej bierze czynny udział w czynności wydzielniczej, co już poprzednio na podstawie obrazów stanu patologicznego jądra komórki wątrobowej Br. stwierdził.

Prelegent przyjmuje dalej ścisły i bezpośredni związek między naczyniami włosowatemi a komórkami wątrobowemi, istnienie fizyologicznych, stałych dróg służących do dowozu materyału odżywczego i czynnościowego do komórki wątrobowej. Drogami temi ciałka czerwone krwi przy swej olbrzymiej elastyczności, a przy udziale ograniczonej kurczliwości komórki wątrobowej parciem krwi zostają w obręb komórki wprowadzone. (Streszczenie własne).

Sekretarz: Dr. *Eugeniusz Borzęcki.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Ameryki.

I.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Chicago w Maju.

Prócz powyższych, nakłada urząd zdrowia na lekarza obowiązek donoszenia o nowonarodzonych dzieciach. Większa liczba Stanów północnej Ameryki płaci lekarzowi 25 ct. za każde takie doniesienie; ponieważ zarząd zdrowia w Stanie Illinois odmawia tego wynagrodzenia, lekarze go bojkotują i o urodzinach nie donoszą. W roku zeszłym nie donosili lekarze i o chorobach zakaźnych, a to z tego powodu, że naczelnikiem urzędu zdrowia (commissioner) był nie lekarz, lecz szynkarz. Europejczykowi taka nieprawidłowość musi wydać się niemożebną, tymczasem w Ameryce są to rzeczy powszednie. Przyczyna tego zdrożnego stanu tkwi w tem, że tu, w Ameryce, krzykactwo polityczne waży więcej niż zdolność, wiedza lub zasługa. Trzy główne stronnictwa stoją naprzeciw siebie: republikańskie, demokratyczne i narodowe. Najgłówniejszych urzędników zdrowia mianuje burmistrz miasta (major), a ci dobierają sobie resztę. Otóż pierwszy lepszy warchoł, który potrafi owładnąć tłumem, zdobywa siłę wpływową i otrzymuje posadę, do której nie ma odpowiedniego uzdolnienia i zawodowego przysposobienia.

W Chicago naliczamy dziennie kilkanaście przypadków nagłej śmierci: lekarz powiatowy (coroner) ma obowiązek odbyć obdukcyę zwłok, wykazać anatomiczną przyczynę śmierci i orzec co ją spowodowało. Otóż *coronerem* takim w Chicago jest nie lekarz, a jeśli się nie mylę, także ex-szynkarz: zdawałoby się, że tu rzeczy doszły do *absurdum*, a jednak Yankesi mają głowy na karku nie dla proporcyi tylko. *Coroner* otrzymuje rocznej płacy 12,000 dolarów; bierze on sobie asystenta, ukwalifikowanego lekarza, który sprawuje cały urząd i otrzymuje od *coronera* 2000 dolarów rocznie, a resztujące 10,000 pozostają własnością *coronera*, jako nagroda za trud podpisywania dokumentów, wypracowanych przez asystenta-lekarza, który za niego musi myśleć i pracować. Jeśli przyczyna śmierci pozostawia jakie wątpliwości, to oprócz obdukcyi, *coroner* ma prawo i obowiązek przesłuchać świadków i zbadać wszelkie okoliczności, odnoszące się do przypadku nagłej śmierci, słowem przeprowadza osobiście śledcze badanie wstępne i wydaje orzeczenie, które ma tak wielkie znaczenie, że rzec można, jest już i wyrokiem. A jednak działalność *coronerów* w takich okolicznościach jest wielce wadliwa: uwiadomiony np. o wypadku morderstwa, nigdy on nie udaje się dla zbadania na miejscu tak ważnych rzeczy, jak okoliczności, towarzyszących zbrodni. Przeciwnie, *coroner* każe przenieść zwłoki do trupiarni, tam je obmyć, a następnie przybywa do zbadania stanu rzeczy. Jeśli uzna samobójstwo, wszelkie dochodzenie

ustaje; jeżeli zawyrokuje, że morderca popełnił morderstwo li tylko w obronie własnej, to ten zostaje uwolnionym od wszelkiej odpowiedzialności. Orzeczenie takiej wagi wydaje człowiek niemający wyobrażenia o kodeksie, o medycynie sądowej i wszystko to dzieje się *brevi manu*, na podstawie „widzi mi się“.

Nie lepiej rzeczy idą na innych stanowiskach lekarskich miejskiego urzędu zdrowia, może mniej ważnych, lecz nie mniej odpowiedzialnych. Między „fumigatorami“, mającymi przeprowadzać antyseptyczne odkażenie domów, w których były przypadki chorób zakaźnych, nie ma ani jednego, nietylko higienisty, lecz wogóle lekarza. Główny inspektor sanitarny również nie jest lekarzem: inspektor „od dymu“, który ma czuwać nad tem, ażeby fabryki miały odpowiednio urządzone kominy i nie zanieczyszczały powietrza dymem, nie jest technikiem, lecz urząd ten, nieco dziwny, sprawuje adwokat.

Z 41 urzędników (33 mężczyzn i 8 kobiet), mających czuwać nad stanem sanitarnym fabryk i domów czynszownych, ani jednego nie ma lekarza. Inspektorowie do czuwania nad mięsem i inspektorowie dozorujący mleko targowe, również nie są lekarzami lub chemikami. Gdy tym panom, jak to powiadają, wyda się na oko, że wiktuały te są podejrzane, to udają się z próbkami do chemika miejskiego, a ten dopiero musi myśleć i pracować za tych, którzy o sprawach swego obowiązku wyobrażenia nie mają. Głównym nadzorcą szpitali izolacyjnych ojcowie miasta mianowali siostrę Esmalindę.

Jednem słowem my lekarze jesteśmy tu w Ameryce bezwstydnie wyzyskiwani przez Yankesów. Dwie są tego przyczyny: jedna na naszą pochwałę, że zajęci ważnymi obowiązkami naszego zawodu, nie bierzemy udziału w ulicznem krzykactwie, unikamy warcholstwa i politykowania; drugą jest grzeszna wada lekarzy ponoś całego świata, nie idziemy solidarnie. Naprzykład większa część lekarzy nie należy do Towarzystwa lekarskiego. Wyzwoleńcy różnych szkół patrzą na siebie wrogo, jakby ich poza szkołą rozdzielał, a nie jednoczył, wspólny zawód lekarski, wspólność pracy, dążeń i interesów moralnej i materyalnej natury.

Dr. Sieminowicz.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Ogólny podatek zarobkowy.

Z dniem 1-go Stycznia 1898 r. wchodzi, jak wiadomo, w życie nowa ustawa o bezpośrednich podatkach osobistych. Czynności zmierzające do wprowadzenia w życie tej ustawy już się rozpoczęły.

Wedle obwieszczenia krajowej Dyrekcyi skarbu składane być mają deklaracye, dotyczące ogólnego podatku zarobkowego na okres wymiarowy 1898/1899, najdalej do dnia 1 Sierpnia 1897 r.

Ogólnemu podatkowi zarobkowemu podlega każde zatrudnienie, na zysk obliczone, podlegają mu zatem lekarze, którzy dotychczas od podatku zarobkowego byli uwolnieni.

Ogólny podatek zarobkowy jest skontyngowanym i rozkłada się na opodatkowanych drogą repartycyi wedle klas, zależnych od wysokości podatku i grup terytoryalnych (Steuergesellschaften). Do współdziałania przy repartycyi powołane są komisye podatkowe, wybierane w połowie przez opodatkowanych odnośnej grupy podatkowej.

Zadaniem komisyj podatkowych jest ustanowienie stopy podatkowej na podstawie sprawdzonych deklaracyj podatkowych dla każdego opodatkowanego, wedle przeciętnej rentowności przedsiębiorstwa lub zatrudnienia.

Oznaczone w ten sposób stopy podatkowe stanowią w granicach kontyngentu każdej grupy podatkowej podstawę do wymierzenia podatku. Jeżeli suma stóp podatkowych w odnośnej grupie jest większa niż kontyngent podatku tejże grupy, stopy podatkowe stosunkowo się zmniejszają, w przeciwnym razie powiększają.

W deklaracyach podatkowych nie podaje się wysokości dochodu, lecz tylko daty służące za podstawę do ocenienia rozmiarów i rentowności przedsiębiorstwa lub zatrudnienia, wedle stanu z ostatniego roku. Datami takiemi są: rodzaj zatrudnienia, kapitał zakładowy, kapitał obrotowy (mieszkanie, pomocnicy) i t. p.

Deklaracye składać można ustnie u władzy podatkowej I. instancyi (w Krakowie w ck. Administracyi podatkowej w gmachu Urzędu podatkowego, przy ulicy Teatralnej, II. piętro) w oznaczonych na to dniach, lub pisemnie na przepisanych drukach. Druków tych udziela na żądanie władza podatkowa bezpłatnie, wraz z objaśnieniami o sporządzeniu deklaracyj.

W razie niezłożenia w przepisanym terminie deklaracyi może być podatek, po poprzedniem zagrożeniu z urzędu wymierzonym, co nie wyklucza ukarania opodatkowanego. Nadto może władza zmusić karami porządkowemi do złożenia deklaracyi.

Deklaracye składać należy zgodnie z prawdą; kto z zamiarem uchylenia się od podatku świadomie składa fałszywe zeznania, lub dopuszcza się zamilczenia, podpada karze pieniężnej w wysokości trzech do dziewięciokrotnej kwoty, o którą podatek został ukróconym. Jeżeli nie było zamiaru uchylenia się od podatku, wymierzoną będzie w takich razach kara porządkowa do 50 złr.

W interesie zatem każdego leży, aby dla uniknięcia zagrożonych skutków, w ciągu miesiąca Lipca b. r. złożył deklaracyę podatkową.

O zeznaniach dotyczących podatku osobisto-dochodowego pomówimy we właściwym czasie.

---

* Zastósowanie X-promieni w dochodzeniach sądowo-lekarskich dało we Francyi powód jednemu obrońcy do sprzeciwienia się i wezwania lugduńskiej izby apelacyjnej do odrzucenia lekarskiego orzeczenia, gdyż biegły (expert) wyręczył się kolegą lekarzem do odfotografowania w świetle röntgenowskiem okaleczonej kończyny, a tem samem, według obrońcy, przelał swe urzędowe zadanie biegłego na trzecią osobę.

Izba jednak odrzuciła sprzeciwienie się obrońcy, uznając je za pozbawione wszelkiej podstawy; to orzeczenie swoje oparła ona na następujących względach: 1) powołując trzecią osobę do odfotografowania w świetle röntgenowskiem okaleczonej kończyny, biegły przekazał tej trzeciej osobie tylko czynność ściśle mechaniczną, poza którą fotografujący nie mógł mieć żadnego udziału w urzędowem zadaniu biegłego; 2) fotografujący nie mógł wpłynąć żadnym sposobem i w żadnym kierunku na wynik swej czynności; 3) w danych okolicznościach podaną była biegłemu możebnie obszerna wolność gdyż Izba upoważniła go do tego, by sobie przysporzył jak najwięcej czynników rozpoznawczych i powołał osoby trzecie, mające sprawę rozjaśnić; wreszcie izba orzeka, że opinia biegłego, oparta na fotograficznym obrazie, była niepodzielnie jego własnem i osobistem zdaniem.

* Trybunał w Beauvais orzekł d. 1 b. m., że testament morfinisty jst ważny, jeśli jest zredagowany jasno, ściśle i nie zawiera żadnej niedorzeczności. Trybunał uznaje, że morfi-

nomania nie jest żadnym obłędem, któryby pociągał za sobą nieodpowiedzialność karna, lub niepoczytalność prawną.

* Liczba obłąkanych we Francyi (bez departamentu Sekwany) wynosi 45,770, t. j. 1,18‰. W departamencie Sekwany (Paryż) stosunek ten jest odmienny, wynosi bowiem 11,000 obłąkanych, czyli 3‰.

* Już w poprzednich numerach donieśliśmy, że Najwyższa Rada sanitarna we Włoszech odrzuciła projekta rządowe, zmierzające do wzbronienia praktyki lekarskiej tym lekarzom cudzoziemcom, którzy nie posiadają dyplomów włoskich (wyjaśnić tu należy, że we Włoszech przebywają liczni i bogaci cudzoziemcy, którzy bardzo dbają o to, ażeby opieka lekarska nad nimi spoczywała w rękach ich rodaków, zwłaszcza, że lekarze włoscy, pomimo wielkiej zmiany na korzyść, nie zażywają jeszcze u cudzoziemców dobrego imienia). Otóż, pomimo przeciwnego zdania Rady zdrowia, oświadczył w Izbie podsekretarz stanu, że rząd dozwoli praktykować we Włoszech tym tylko lekarzom cudzoziemcom, którzy pochodzą z krajów, w których dozwoloną będzie lekarzom włoskim praktyka bez wszelkich egzaminów, nostryfikacyi dyplomu itd.; a ponieważ takiego kraju w Europie nie ma, boć i w Turcyi wymagana jest nostryfikacya dyplomu, więc rząd włoski, zmieniając taktykę, nie zmienił w niczem swoich projektów.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 15 Lipca.

* Nowa austryacka ustawa podatkowa, jeśli nie zaniepokoiła, to w każdym razie poważnie zainteresowała ogół lekarzy. Złowieszcze przepowiednie głoszą, że takie pozory dobrobytu, jak obszerne mieszkanie, porządne umeblowanie i t. d. mają odegrać podstawową rolę w wymiarze kwoty podatku osobistego; a jednak w zawodzie lekarskim te pozorne oznaki zamożności właściwie stanowią »warsztat« praktycznego lekarza, a bynajmniej nie są wyrazem dobrobytu, a tem mniej zbytku. Z drugiej strony wezwanie do złożenia deklaracyj podatkowych na rok 1898 już w ciągu m. Lipca, a więc w czasie, kiedy wiele osób opuściło miasto, zagrożenie znaczną grzywną w razie nie zastósowania się do tych rozporządzeń, wreszcie brak jakiejś już ogółowi znanej normy w deklarowaniu, wszystko to wytwarza niedogodny stan niepewności, któremu, w miarę możności, pragnęlibyśmy choć w części zaradzić, wyjaśniając istotę zarządzonej reformy podatkowej. Dzięki dobrej woli jednego z zawodowych i gruntownych znawców tej sprawy, podajemy w dzisiejszych »Wiadomościach zawodowych i ogólnolekarskich« krótki, treściwy i jasny szkic tego, co już w najbliższej przyszłości zrobić należy.

* Akademia Umiejętności nadała stypendyum im. Śniadeckich (Gałęzowskiego) Dr. med. Seńkowskiemu i Dr. filozofii Siedleckiemu, dzieląc je między obu po równej części.

Przy tej sposobności wypowiedziano przekonanie, że kandydaci, poświęcający się praktycznej medycynie, mają być nie uwzględniani. Tego nie wiemy, czy to była doraźna taktyka, czy też zasada, mająca i na przyszłość obowiązywać. Natomiast napewno wiemy, że taki podział kandydatów na poświęcających się teoryi i poświęcających się praktyce lekarskiej nie jest objęty zapisem, nie wynika z ducha tego zapisu i jest obcy tym zamiarom, które w swej duszy pielęgnował zapisodawca.

Ś. p. Seweryna Gałęzowskiego znałem i widywałem w tej właśnie epoce, w której troska o spisanie jak najpożyteczniejszego dla narodu testamentu pochłaniała jego umysł. Przewodnią myślą jego było dążenie do zaspokojenia potrzeb wszechnic polskich, zwłaszcza przysporzenie tym zakładom możebnie wydoskonalonych profesorów; w myśli swej wkładał on na rozdających jego stypendyum moralny obowiązek wczesnego przygotowywania kandydatów na katedry, jeśliby opróżnienie takowych można było zawczasu przewidzieć. Stypendyum, według zamiarów ś. p. Gałęzowskiego, nie miało służyć dla wytwarzania uczonych, jako takich, lecz w pierwszej linii miało zmierzać do wydoskonalenia zdolnej młodzieży na uczonych profesorów.

To był według słów ś. p. Gałęzowskiego ostateczny cel jego zapisu, taką była ostatnia jego wola, która nie traci siły moralnej z chwilą rozpieczętowania testamentu.

* W swoim czasie zarzucały kolegom warszawskim niektóre dzienniki, zwłaszcza petersburgski »Wracz«, że wytwarzając wrzekomo kartel, zmierzający do nie polecania chorym uzdrowisk i zdrojowisk niemieckich, wprowadzają politykę do spraw zawodowych, ze szkodą dla pacyentów. W ostatnim Nrze »Kraju« korespondent warszawski donosi, że po Warszawie krążą obecnie zarzuty wręcz odmienne, mianowicie, jakoby chorym przejezdnym, którzy już mają zaordynowane wody krajowe przez lekarzy domowych, niektórzy lekarze warszawscy stale polecają zdrojowiska niemieckie; wszystko to miało jakoby wzbudzić podejrzenie, że lekarze ci muszą być w porozumieniu z zarządami zdrojowisk niemieckich. Na oszczerstwo jest zawsze jedna odpowiedź: pogardliwe milczenie.

Atoli przekonajmy się raz jeszcze, że publiczne roztrząsanie spraw zawodowo-lekarskich stale kończy się z ujmą dla lekarzy, bez ich winy i przyczynienia się.

Polecenie zdrojowiska jest tem samem, co napisanie recepty; opiera się więc na sumieniu i wiedzy lekarza, a tem samem do publicznej dyskusyi nie nadaje się.

* Delegaci komitetów narodowych XII-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Moskwie, którzy uprawnieni są do wzięcia udziału w audyencyi cesarskiej, powinni już 16-go Sierpnia przybyć do Petersburga, a 17-go udać się do Peterhofu, gdzie nastąpi przedstawienie ich u Dworu.

* Dziekan Wydziału lekar. U. J. rozpisał konkurs na posady II, III i IV-go elewa przy klinice lekarskiej. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału do d. 15 Września, 1897 r.

* Mianowani zostali w Warszawie ordynatorami: szpitala wolskiego Dr. E. Biernacki, szpitala zapasowego Dr. W. Dąbrowski.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Józef Liebeskind.

(r) Na wniosek prof. Nocarda i specyalnej komisyi, zajmującej się sprawą surowic, doradziła rządowi francuska Akademia Medyczna, by nie udzielał jeszcze ostatecznego pozwolenia na sprzedaż nowej tuberkuliny Kocha w granicach Francyi. Ulegając jednak naciskowi ze strony publiczności, zgodziły się władze na prowizoryczną sprzedaż tego środka, jednak pod tym warunkiem, że tuberkulina będzie zupełnie aseptyczną, gdyż nadesłane do tej pory próby zawierały zawsze liczne drobnoustroje.

Nekrologia. D. 10 b. m. zakończył życie w Warszawie Dr. Wincenty Wyczałkowski, b. lekarz naczelny szpitala w Płocku. Zmarły urodził się w płockiem, a nauki lekarskie odbył w Kijowie. Ogłosił 9 prac, przeważnie treści sprawozdawczej. Żył lat 62.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 28: Dr. Stróżewskiego: Symptomatologia histeryi u izraelitów polskich. Dr. Gasztowtta: W sprawie wpływu ostrych gorączek na przebieg gruźlicy płuc. Dr. Strzelbickiego: Przyczynek do nauki o morfologii i patologii krwi dziecięcej (c. d.). W *Medycynie* Nr. 28: Dr. Brunnera J.: Badania nad działaniem toksyn bakteryjnych i roślinnych (c. d.). Dr Grosglika: Krwawienie z nerek niezmienionych (c. d.). W *Kronice Lekarskiej* Nr. 13: Ciąglińskiego: O drgawkach czynnościowych u dzieci. Dr. Bergmanna: O stwardnieniu wieloogniskowem układu nerwowego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Nosocomialis: Potrzeby szpitalnictwa warszawskiego. Warszawa, 1897.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1230. **KONKURS.**

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Lanckoronie z płacą roczną 500 złr., ryczałtem na podróż 300 złr. i wolnem mieszkaniem.

Okręg sanitarny obejmuje 18 gmin z ludnością 15,448 mieszkańców.

Kompetenci mają wykazać warunki wymagane §. §. 7 i 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891. Nr. 17. dz. u. kraj.

Lekarz okręgowy obowiązanym jest utrzymywać aptekę domową. 150—3—2

Termin do wnoszenia podań kończy się z dniem 31 Sierpnia 1897.

Wadowice dnia 26 Czerwca 1897.

Za Prezesa: **Dr. Iwański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

L. 1230. **KONKURS.**

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Lanckoronie z płacą roczną 500 złr., ryczałtem na podróż 300 złr. i wolnem mieszkaniem.

Okręg sanitarny obejmuje 18 gmin z ludnością 15,448 mieszkańców.

Kompetenci mają wykazać warunki wymagane §. §. 7 i 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891. Nr. 17. dz. u. kraj.

Lekarz okręgowy obowiązanym jest utrzymywać aptekę domową. 150—3—2

Termin do wnoszenia podań kończy się z dniem 31 Sierpnia 1897.

Wadowice dnia 26 Czerwca 1897.

Za Prezesa: **Dr. Iwański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.